



## BERLINER BEITRÄGE ZUR SKANDINAVISTIK

Titel/  
title: *Gesundheit/Krankheit  
Kulturelle Differenzierungsprozesse um Körper, Geschlecht und  
Macht in Skandinavien*

Autor/  
author: Henrik Karlsson

Kapitel/  
chapter: »Wissen und Grenzziehungen in der Heilkunst«

In: Körper, Lill-Ann/von Schnurbein, Stefanie (Hg.):  
Gesundheit/Krankheit. Kulturelle Differenzierungsprozesse um  
Körper, Geschlecht und Macht in Skandinavien. Berlin:  
Nordeuropa-Institut, 1. Auflage, 2010

ISBN: 978–3–932406–31–7

Reihe/  
series: Berliner Beiträge zur Skandinavistik, Bd. 16

ISSN: 0933–4009

Seiten/  
pages: 151–166

© Copyright: Nordeuropa-Institut Berlin sowie die Autoren

© Copyright: Department for Northern European Studies Berlin and the authors

Diesen Band gibt es weiterhin zu kaufen. This book can still be purchased.

HENRIK KARLSSON

## Wissen und Grenzziehungen in der Heilkunst

Wie entstehen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit? Ein großer Teil der Sicht auf Krankheit und Gesundheit entsteht in der Begegnung mit verschiedenen Experten und Autoritäten in der Gesellschaft. Aus historischer Perspektive bedeuteten die Entwicklung des Krankenhauswesens und die Professionalisierung der Ärzteschaft im 19. Jahrhundert, dass der Kontakt zu Ärzten, Krankenschwestern und anderen Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitswesens größer wurde. Gleichzeitig war es nach wie vor üblich, sich an Vertreter der Volksmedizin zu wenden. Im 20. Jahrhundert kamen weitere Praktizierende hinzu, die außerhalb des etablierten Gesundheitswesens standen. Das Gesundheitswesen kann also als heterogenes System angesehen werden, das alle gesundheitsorientierten Aktivitäten umfasst, die von anderen als dem Kranken selbst ausgeführt werden. Im Rahmen dieser Definition umfasst das Gesundheitswesen sowohl Ärzte als auch mehr oder weniger akzeptierte Vertreter alternativer Medizin.<sup>1</sup> Dies bringt eine Vielfalt medizinischen Wissens mit sich, führt aber auch zu einem Machtspiel im Verhältnis zwischen den Medizinern. Im Rahmen dieses Machtspiels werden dominierende Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit geprägt. Mit der Institutionalisierung und Professionalisierung der Medizin im 19. Jahrhundert wurde die Pflege zunehmend in Übereinstimmung mit naturwissenschaftlichen, biologischen Ansätzen strukturiert, die in der Gesellschaft an Einfluss gewannen. Rationalität und Wissenschaftlichkeit wurden zum Modell für die Gesellschaftsentwicklung. Medizinisches Wissen ist deshalb nicht nur eine Art und Weise, körperliche Probleme eines Individuums zu verstehen, sondern auch eine mögliche Machtressource, die Hierarchien im Gesundheitswesen schafft.

Im Folgenden werde ich zeigen, wie Hierarchien im Gesundheitswesen geschaffen werden. Das Verhalten der Ärzteschaft gegenüber zwei anderen Gruppen im schwedischen Gesundheitswesen soll zu diesem Zweck untersucht werden. Zum einen die Gruppe der Physiotherapeuten, die in der medizinischen Hierarchie als dem Arzt untergeordnet angesehen werden können, und zum anderen die Gruppe staatlich nicht

---

1 BERG: 1980, 17.

anerkannter Heiler, die außerhalb des Gesundheitssystems praktizieren. Da diese Gruppen unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich des Umgangs mit gesundheitlichen Problemen des Individuums haben, geht es auch um einen Kampf um Deutungsmacht. Wenn das Individuum die Hilfe von Experten in Anspruch nimmt, gibt es demnach eine Machtordnung, die definiert, welche Ansätze, welche Mediziner und welche Behandlungsmethoden in einer Gesellschaft als die legitimeren erachtet werden.

### Das institutionelle Regelwerk

Der Machtkampf zwischen unterschiedlichen Mediziner\*innen ist dennoch nicht hinreichend, um organisatorische Hierarchien zu erklären, da diese innerhalb einer Gesellschaft und damit entsprechend ihrer Gesetze und Normen wirken. Um die Funktionsweise des Gesundheitswesens zu erklären ist es deshalb wichtig, die Institutionalisierung der Medizin als Anfang zu nehmen. Die Institutionalisierung umfasst das Aufstellen von Regeln formeller sowie informeller Art. Hier wird festgelegt, wer als legitime Akteure angesehen wird und in welcher Reihenfolge sie agieren sollen. Die institutionellen Regeln sind wichtig, um Verhaltensmuster der Akteure zu erklären.<sup>2</sup>

Die die institutionelle Ordnung überwachende Instanz war *Medicinalstyrelsen* (Zentralamt für Gesundheitswesen), diejenige Behörde, die die Oberaufsicht über das allgemeine Gesundheitswesen innehatte. Diese Position kann bis zu den Ärzten zurückverfolgt werden, die 1663 das *Collegium Medicum* gründeten. Es erhielt zur Aufgabe, Quacksalberei zu kontrollieren, Ärzte zuzulassen, die in Schweden praktizieren wollten sowie Arzneimittelhandel und Hebammen zu überprüfen. Bis 1797 war das Gesundheitswesen jedoch zwischen dem *Collegium Medicum* und *Chirurgiska Societeten* (der Chirurgischen Sozietät), der früheren Barberzunft, aufgeteilt. 1797 erlangte das *Collegium Medicum* die Hoheit über die medizinische Administration, als die Chirurgische Sozietät aufgelöst und dem *Collegium Medicum* untergeordnet wurde. 1813 wurde das *Collegium Medicum* zu einem Gesundheitskollegium umgebildet und damit zu einem Amt innerhalb der staatlichen Verwaltung sowie eine zentrale Behörde. Damit stärkte es seine Stellung bedeutend. 1877 wurde

---

<sup>2</sup> Vgl. ROTHSTEIN: 1996.

das Gesundheitskollegium zu *Medicinalstyrelsen* umstrukturiert, das bis 1967 bestehen blieb, als die Behörde mit *Socialstyrelsen* (Zentralamt für Sozialwesen) zusammen gelegt wurde.<sup>3</sup>

*Medicinalstyrelsen* bestimmte die legitimen Akteure im Gesundheitssystem. Es hatte zur Aufgabe, Ärzte zuzulassen, Vorschläge für zivile Pflegedienste zu unterbreiten sowie Ärzte zu ernennen und zu entlassen. Weitere Aufgaben bestanden darin, Zahnärzte, Krankengymnasten und Hebammen zuzulassen. *Medicinalstyrelsen* stellte also unterschiedliche Pflegeberufe unter die eigene Aufsicht. Die Genehmigung, im Rahmen des allgemeinen Gesundheitswesens tätig zu sein, bedeutete allerdings auch eine eingeschränkte Freiheit, da befolgt werden musste, was *Medicinalstyrelsen* in Gesetzen und Vorschriften festlegte.<sup>4</sup>

Die unter der Aufsicht von *Medicinalstyrelsen* stehenden Berufsgruppen waren unter der Leitung von Ärzten hierarchisch strukturiert. Die Krankengymnasten wurden als eine der Gruppen in die Hierarchie eingegliedert. Zunächst eine selbständige Berufsgruppe, wurden sie 1887 vom Zentralamt zugelassen und in die medizinische Hierarchie eingegliedert. Das bedeutete, dass ein zugelassener Krankengymnast das Recht hatte, auf ärztliche Verordnung hin Kranke zu behandeln.<sup>5</sup>

Ärzte und Krankengymnasten können als zwei Berufsgruppen betrachtet werden, die berechtigt waren, innerhalb der institutionalisierten Medizin zu praktizieren. Diesem Text liegt ein weiterer Begriff von Krankenpflege zu Grunde, und das institutionelle Regelwerk brachte auch keine großen Einschränkungen hinsichtlich der Ausübungsmöglichkeit von Heilkunst außerhalb der institutionalisierten Medizin mit sich. Das alte Quacksalbereigesetz von 1688, das bis 1916 Bestand hatte, galt zwar als formelles Verbot, funktionierte aber in der Praxis nicht als solches. Die neuen Zulassungsgesetze, die 1916 in Kraft traten, formalisierten die freie Ausübung. Von da an wurde die Ausübung lediglich mit einem Verbot eingeschränkt, bestimmte Krankheiten und Krankheitsgruppen zu behandeln. Das Gesetz wurde revidiert und 1960 das Verbot, bestimmte

3 GUSTAFSSON: 1987, 422 und 424.

4 *Kungl. Maj:ts instruktion för medicinalstyrelsen den 17. dec. 1914* (Instruktion der Königlichen Majestät für das Zentralamt für Gesundheitswesen vom 17. Dezember 1914), §§ 3, 6, 9.

5 *Kungl. Maj:ts d. 13 juli 1887 fastställda ordning för sjukgymnasters och sjukgymnastiska institutets verksamhet*. (Anordnung der Königlichen Majestät für die Tätigkeit von Krankengymnasten und des krankengymnastischen Instituts vom 13. Juli 1887.

Krankheiten zu behandeln, etwas erweitert, aber ansonsten galt eine allgemeine Erlaubnis, Krankheiten zu behandeln oder ihnen vorzubeugen. Einige Regeln hinsichtlich der Praktizierenden kamen dennoch hinzu: Fahrende Ärzte durften nicht mehr praktizieren, und für nicht zugelassene Praktizierende wurde die schwedische Staatsbürgerschaft verlangt.<sup>6</sup>

### Wissen und Macht

Das Gesundheitssystem wird jedoch nicht nur von der Gesetzgebung und den Verordnungen einer Gesellschaft aufrecht erhalten. Innerhalb des Systems kämpfen verschiedene Gruppen darum, ihren Status gegenüber anderen Praktizierenden zu erhöhen. Genauso wichtig ist es, sich in der Gesellschaft Autorität zu verschaffen, was den Ärzten gelang. Der hohe Status der Ärzte kann damit erklärt werden, dass sie durch die Privilegien, die dem *Collegium Medicum* bereits im 17. Jahrhundert verliehen wurden, schon früh eine staatliche Zulassung erhielten. Durch ihren professionellen Durchbruch am Ende des 19. Jahrhunderts stärkten die Ärzte ihre Stellung weiterhin. Mit Hilfe einer neuen Perspektive auf Wissen, das auf empirischer Beobachtung, Hypothesenentwicklung und kontrollierten Versuchen basieren sollte, wurden deutliche Grenzziehungen gegenüber anderen Praktizierenden ermöglicht.<sup>7</sup>

Dieser Durchbruch einer naturwissenschaftlichen Medizin stimmte jedoch nicht immer mit dem medizinischen Bewusstsein der Bevölkerung überein. Im Lauf des 19. Jahrhunderts nahm das Gesundheitsbewusstsein der Menschen zu, das nicht im selben Maß von der Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin beeinflusst war. Hier gab es nach wie vor Platz für religiöse, philosophische und ethische Erklärungsmodelle, denen zufolge beispielsweise ein falscher Lebenswandel für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich sein konnte.<sup>8</sup>

Ärzte und die wissenschaftliche Medizin waren deshalb nicht notwendigerweise die erste Wahl für Kranke. Die Ärzteschaft musste darum kämpfen, ihren Status zu bewahren oder zu erhöhen. Wissen trägt wesentlich dazu bei, Berufsgruppen Autorität zu verschaffen. Durch Wissen können andere Gruppen untergeordnet oder ausgeschlossen werden.

---

6 Vgl. PALMBLAD: 1997, 41–43, 153–155.

7 Vgl. ebd., 17.

8 QVARSELL: 1991, 28, 60.

Wissenschaftliches theoretisches Wissen wird gesellschaftlich oft höher bewertet als praktisches. Wissen hat deshalb nicht nur eine problemlösende Funktion, sondern stellt gleichzeitig ein soziales Kapital dar. Wie Wissen in soziales Kapital umgewandelt werden kann, ist nicht eindeutig. Die problemlösende Funktion von Wissen kann der Profession Macht und Prestige verleihen. Wissen kann aber auch als Symbol verwendet werden, um auf die Bedeutung der Profession hinzuweisen, wodurch das Vermögen, Probleme zu lösen, zweitrangig wird.<sup>9</sup> Wissen und Wissensbildung werden also zu einer möglichen Strategie, wenn Berufsgruppen sich gegenüber anderen Ausübenden abgrenzen wollen. Wissenschaftliches theoretisches Wissen, oder, wie Andrew Abbott es nennt, abstraktes Wissen, verdeutlicht die Grundlagen des Berufs, knüpft aber auch an weitere kulturelle Werte an.<sup>10</sup> Das wissenschaftlich rationale Wissen, auf dem der Arztberuf nach seinem Selbstverständnis beruhte, verlieh der Ärzteschaft eine bedeutende Rolle im Aufbau des Wohlfahrtsstaats im 20. Jahrhundert. Die Entwicklung einer auf Wissenschaft und Erfahrung basierenden Medizin durch die Ärzteschaft verschränkte sich hier mit der Tendenz des Staates, gesellschaftliche Probleme zunehmend mit der Hilfe von Wissenschaft und Expertise zu lösen. Der Status der Ärzteschaft kann also mit einer erfolgreichen Professionalisierung sowie mit einer Allianz zwischen Staat und Ärzten in Bezug auf Verwissenschaftlichung erklärt werden. Mediziner, denen theoretisches Wissen fehlt oder die auf theoretisches Wissen zurückgreifen, das gesellschaftlich nicht legitimiert ist, können ihr Wissen kaum als soziales Kapital verwenden.

Gleichzeitig müssen sich Berufsgruppen mit Veränderungen bezüglich der von ihnen zu lösenden Aufgaben auseinander setzen. Im frühen 20. Jahrhundert erhöhte die Gesellschaft ihre Ansprüche in Bezug auf die Maßnahmen, die im Hinblick auf die Gesundheit der Bürger zu treffen wären. Beispielsweise wurde durch die Errichtung eines Krankenversicherungssystems die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung einer gesunden und damit arbeitsfähigen Bevölkerung gerichtet. Die zunehmend umfassendere Verantwortung des Staates für die Sicherheit des Individuums bezog sich auch auf das Gesundheitswesen. Die Krankenpflege, die bisher vor allem auf die Behandlung akuter Fälle ausgerichtet war, musste um die Behandlung chronischer Krankheiten erweitert werden. Dies er-

---

9 TORSTENDAHL: 1989, 25.

10 ABBOTT: 1988, 53–54.

forderte neue Heil- und Pflegeberufe, die nur schwer in das bisherige Muster von akuter Hilfe zu integrieren waren. Es stellt sich die Frage, welche Herausforderungen in Bezug auf die Hierarchie des Gesundheitswesens dieses Szenario mit sich bringt.

### Grenzziehungen zwischen den Heil- und Pflegeberufen

Anhand zweier Beispiele möchte ich im Folgenden diskutieren, welche Rolle Wissen dabei spielte, Grenzziehungen zwischen verschiedenen medizinischen Berufen zu etablieren und aufrechtzuerhalten. Das erste Beispiel bezieht sich auf die Grenze zwischen Ärzteschaft und Krankengymnasten oder Physiotherapeuten. In dem Bild, das man sich im frühen 20. Jahrhundert in Schweden von Krankheiten machte, erfüllte die Krankengymnastik eine wichtige Funktion. Der Arzt Israel Hedenius plädierte beispielsweise 1909 für Krankengymnastik an Krankenhäusern, um die Pflege von Rheumakranken zu verbessern.<sup>11</sup> Die Stellung der Krankengymnastik wurde weiter oben als untergeordnet beschrieben. Dies war in der Praxis aber nicht immer der Fall, wie sich an der Debatte um die Krankengymnastik in *Läkartidningen* (Ärztezeitschrift) 1910 zeigen lässt. Trotz der formalen Unterordnung der Physiotherapeuten wurde genau ihr selbständiges Praktizieren als Grund dafür gesehen, dass die Behandlungsmethode innerhalb des Gesundheitssystems nicht zu ihrem Recht kam. Der Bedarf an Krankengymnastik wurde als groß angesehen, aber die Voraussetzung für Erfolge dieser Behandlungsmethode sei ihre Einordnung in die medizinische Hierarchie. Das grundlegende medizinische Wissen solle den Ärzten überlassen werden, das handwerkliche Geschick den Krankengymnasten. Den Ärzten ging es darum, sich gute technische Assistenten zu verschaffen. Durch die Unterordnung wurde eine einseitige therapeutische Behandlung verhindert, die man riskierte, wenn man den Krankengymnasten eine selbständige Ausübung erlaubte. Die Ärzte sollten geeignete Behandlungsmethoden auswählen, denn auch wenn die Krankengymnastik als wichtig angesehen wurde, stellte sie nur einen Teil des Behandlungsarsenals des Arztes dar.

Der Arzt Patrik Haglund war der Ansicht, Krankengymnasten hätten kein ausreichendes medizinisches Wissen, um selbständig zu praktizieren. Die Spezialisierung nach Heilmethoden sei kein geeigneter Weg, da

---

<sup>11</sup> Vgl. HEDENIUS: 1909.

der Kranke so von anderen Hilfsmitteln ausgeschlossen würde. Der Krankengymnast habe eine technische Ausbildung und Erfahrung in seiner Therapieform, aber ihm fehle ausreichendes Wissen über Krankheiten und übrige Therapien der praktischen Medizin. Haglund meinte, die Tätigkeit von Spezialisten müsse vor dem Hintergrund allgemeinen medizinischen Wissens erfolgen. Der Arzt war in diesem Fall also der bessere Therapeut, gleichzeitig konnte er aber physische Behandlungsmethoden nicht in ausreichendem Maß selbst anwenden. Die Lösung war laut Haglund, jegliche medizinische Ausbildung für Krankengymnasten auszuschließen. Die geringe medizinische Qualifikation der Krankengymnasten verlocke nur zu selbständiger Scharlatanerie. Man solle sich stattdessen auf die Ausbildung guter technischer Assistenten konzentrieren.<sup>12</sup>

Der Arzt Carl Holmdahl griff in der Debatte um die Krankengymnastik eine weitere Frage auf: deren wissenschaftliche Erklärung. Das Problem war entstanden, weil sich die Krankengymnastik außerhalb der wissenschaftlichen Medizin entwickelt hatte und die Verbindung zwischen Krankengymnastik und medizinischer Wissenschaft nach wie vor lose war. Carl Holmdahls Lösung schließt an die von Haglund vorgeschlagene Über- und Unterordnung je nach Form des Wissens an. Holmdahl zufolge hatte die Hilfe suchende Allgemeinheit ein Recht darauf, ihren Gesundheitszustand von demjenigen diagnostiziert zu bekommen, der sämtliche Therapieformen überblicken konnte, also dem Arzt. Die Behandlung sollte dann von anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Was das Wissen der Krankengymnasten betraf, war Holmdahl einer gegensätzlichen Ansicht. Statt einer reduzierten Ausbildung plädierte er für mehr Wissen, auch wenn der praktische Aspekt die größte Bedeutung hatte. Es sei wichtig, ein Minimalwissen für die Krankengymnasten festzusetzen, da diese die meiste Zeit mit dem Kranken verbrachten. Trotz der Unterordnung des Krankengymnasten sei es für den Arzt praktisch nicht möglich, dessen Arbeit die ganze Zeit zu überwachen.<sup>13</sup>

Aus der Perspektive von Ärzten wird hier beschrieben, wie wichtig der untergeordnete Status der Krankengymnasten als technische Assistenten in der medizinischen Hierarchie sei. In dieser Rolle hat der Krankengymnast lediglich praktische Bedeutung, während die Diagnose und die übergreifende Sicht auf Krankheit und Gesundheit dem Arzt überlas-

---

<sup>12</sup> HAGLUND: 1910.

<sup>13</sup> HOLMDAHL: 1910.



sen werden. Die Debatte um die Krankengymnastik ist ein Beispiel dafür, wie die Ärzteschaft durch eine Rangordnung die Deutungsmacht über Krankheit und Gesundheit anstrebte.

Als zweites Beispiel möchte ich die Grenzziehungen erläutern, die die Ärzteschaft gegenüber dem wachsenden alternativmedizinischen Sektor vornahm. Als einen Aspekt der Professionalisierung der Ärzteschaft hatte sie einen effektiveren Schutz der Arbeit von anerkannten Ärzten und eine strengere Regulierung dessen, was als Quacksalberei bezeichnet wurde, gefordert. Die Verhandlung im schwedischen Reichstag führte 1916 zu einer neuen Gesetzgebung, die entgegen der Intention eine relativ freie Berufsausübung für nicht anerkannte und eine strengere Regulierung der Arbeit von anerkannten Ärzten zur Folge hatte.

Quacksalberei sei deshalb gefährlich, weil sie zu Fehlbehandlung und zu Verzögerung wirksamer Therapien führe. Aus dem Gesetzesvorschlag, auf den das genannte Gesetz von 1916 zurückging, geht jedoch hervor, dass man durch die Regulierung der Berufsausübung für nicht anerkannte Mediziner nicht jene Praktiken ausschließen wollte, die aus Wohltätigkeit erfolgten und eine Funktion in der Gesellschaft zu erfüllen schienen. Der Gesetzesvorschlag unterscheidet deutlich zwischen nützlichen und schädlichen Praktiken. Der nützliche Quacksalber hatte die Heilkunst nicht als Beruf und war in seiner nächsten Umgebung tätig. Die angebotenen Behandlungen beschränkten sich auf leichte und äußerliche Beschwerden. Das Wissen in Bezug auf diese Krankheiten basierte auf Erfahrungswerten, und die Behandlung erfolgte in gutem Glauben, da man großes Vertrauen in die Methoden hatte. Diese Quacksalber gab es oft in Gegenden mit großer Entfernung zum nächsten Arzt. Solange ihre Tätigkeit nicht allzu umfassend wurde, erfüllten sie eine Funktion.<sup>14</sup>

Die Quacksalber, die als schädlich angesehen wurden, betrieben ihr Geschäft mit Gewinnabsicht und waren sich bewusst, dass ihnen die Voraussetzungen für einen medizinischen Beruf fehlten. Manche hatten eine Art Ausbildung, aber im Gesetzesvorschlag wurden ihre Therapien als unwissenschaftlich bezeichnet. Das Geschäft wurde in großem Umfang und mit bedeutenden Einkünften betrieben. Rege Propaganda und Reklame warben für die Heilmethoden, und die Quacksalber bezeichneten sich oft als Doktor oder Arzt. Sie warben damit, so gut wie alle Krankhei-

---

<sup>14</sup> Kungl. Maj:ts nådiga proposition till riksdagen med förslag till förordning om behörighet att utöva läkarkonsten. Proposition 85.

ten heilen zu können, und behandelten äußerliche und innere, ansteckende und nicht ansteckende Krankheiten, chronische und akute Beschwerden. Besonders im Fall chronischer Krankheiten wandte man sich mangels Alternativen an sie.<sup>15</sup>

Wenngleich man die Quacksalberei als Problem sah, konnte man kein Totalverbot aussprechen, da dies auch die Praktiken verhindert hätte, die man als nützlich wahrnahm. Man begnügte sich damit, bestimmte Beschränkungen für die Ausübung vorzuschlagen. Als der Gesetzesvorschlag dem Reichstag vorgelegt wurde, sahen die Verteidiger der nicht anerkannten Mediziner trotzdem eine Gefahr für die alternativen Praktiken.<sup>16</sup> Sie vertraten die Ansicht, dass dieser Sektor ein Wissen repräsentierte, das in der etablierten Medizin fehlte oder geradezu bekämpft wurde. Es wurde polemisch gegen die von der anerkannten Medizin eingeschlagene Richtung argumentiert. Der auf akute Hilfe ausgerichteten Krankenpflege gelänge es nicht, die Bedürfnisse der Gesellschaft zu erfüllen, nämlich Rat und Behandlungsmethoden, die für Vorbeugung, chronische Krankheiten und Genesung geeignet waren. Darüber hinaus sei ärztliche Betreuung unzugänglich und wende nur bestimmte autorisierte Methoden an. Hierbei werde das Wissen alternativer Mediziner nicht berücksichtigt.<sup>17</sup>

Die Unzugänglichkeit der Medizin und das Desinteresse der Ärzteschaft an bestimmten Heilmethoden wurden für die Ausbreitung eines alternativen Sektors verantwortlich gemacht. Es entstehe ein Raum für Einzelinitiativen. Natürliche Begabung und ein Blick für die Ursachen gewöhnlicher Krankheiten mache sich je nach Talent geltend, so Carl Lindhagen. Der natürliche Blick erkenne auch die Bedeutung der Naturheilkunst, die in der offiziellen Ausbildung vernachlässigt werde. Die Verteidiger der alternativen Medizin leugneten zwar nicht, dass es auch solche Vertreter gab, die ungeeignet waren, Heilkunst zu betreiben, aber auch das wurde auf das Desinteresse der offiziellen Medizin zurück geführt.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Ebd.

<sup>16</sup> Die Einsprüche sind dem Antrag mit der Nummer 219 an die Zweite Kammer, dem Antrag Nr. 85 eines Herrn Österberg an die Erste Kammer sowie dem Antrag Nr. 218 von Herrn Olofsson an die Zweite Kammer entnommen. Alle stammen aus dem Jahr 1915.

<sup>17</sup> Siehe z. B. Antrag 219 an die Zweite Kammer von Carl Lindhagen 1915.

<sup>18</sup> Ebd.

Der Platz der Naturheilkunst in der Medizin wurde damit motiviert, dass sie gute Ergebnisse erzielt habe, wo die etablierten Methoden erfolglos geblieben seien. Gegen die abweisende Haltung auf Grund mangelnder Wissenschaftlichkeit wurde Einspruch erhoben. Man argumentierte mit Hilfe gesunden Menschenverstands: Es müsse eine wissenschaftliche Erklärung geben, da die Kuren ja schließlich wirkten. Eine Kur konnte also nicht nur deswegen abgelehnt werden, weil die Wissenschaft noch keine Erklärung gefunden habe. In der wissenschaftlichen Medizin sei vieles noch nicht erklärbar.<sup>19</sup> Die Ärzteschaft und die etablierte Medizin wurden beschuldigt, im Eigeninteresse zu handeln. Die Allgemeinheit verlangte nach Heilmitteln, hatte aber kein Interesse, nach Methoden einer spezifischen wissenschaftlichen Schule behandelt zu werden. Dem Medizinwesen wurde auch vorgeworfen, durch seinen organisatorischen Zusammenhang mit den öffentlichen Institutionen seine Machtstellung auszunutzen, um Konkurrenz zu verhindern. Die ablehnende Haltung der Naturmedizin gegenüber schaffe einen kollegialen Druck, so dass Interessierte es nicht wagten, bestimmte Methoden zu studieren.<sup>20</sup>

Der Gesetzesentwurf wurde auch im Ärzteverbund diskutiert. Zwei Standpunkte dominierten die Diskussion. Die einen verlangten eine strengere Gesetzgebung und sprachen sich für ein Verbot aus. Die anderen sprachen sich dafür aus, stattdessen die Volksbildung zu stärken, da sie meinten, es gebe keine Mehrheit für ein Totalverbot, und ein Verbot könne im Gegenteil dem Ansehen der Ärzteschaft schaden. Thorsten Thunberg war einer der Fürsprecher für ein Verbot. Seiner Meinung nach war die relativ freie Ausübung, die das Gesetz mit sich brachte, nicht berechtigt. Die von ihm so bezeichneten Quacksalber hätten nicht das für die Heilkunst erforderliche Wissen. Volksbildung sei kein probates Mittel, um die Quacksalberei zu bekämpfen, da Krankheit das Urteilsvermögen herabsetze. Der Betrug von Kranken und Schwachen entwickle sich schneller als die Volksbildung. Thunberg zufolge erfüllten die Quacksalber auch keine Funktion mehr, da der Zugang zu medizinischer Behandlung durch eine größere Bevölkerungsdichte und eine verbesserte Infrastruktur erleichtert würde. Die ärztliche Betreuung in den Gemeinden würde durch ausgebildete und der Ärzteschaft untergeordnete Kranken-

---

<sup>19</sup> Ebd.

<sup>20</sup> Ebd.

schwwestern gewährleistet. Es sei nicht angebracht, einen Teil der Krankenbetreuung unqualifizierten Personen anzuvertrauen.<sup>21</sup>

Im Gegensatz zu Thunberg, der ein Totalverbot forderte, hielten andere dieses mit Hinblick auf die öffentliche Meinung für unangemessen. Sie sahen ein, dass auch ihre Heilungsmethoden nur beschränkt wirksam waren. Einer von ihnen war der Arzt Hjalmar Forssner. Er vertrat die Ansicht, dass der Arzt bei vielen Krankheitsfällen nicht mehr tun konnte, als die offensichtlichsten Hindernisse für die Selbstheilung zu erkennen und zu beseitigen. Obwohl Ärzte auch im Hinblick auf diese Aufgabe die besseren Voraussetzungen hatten, war dieser Aspekt in der Öffentlichkeit nicht hinreichend bekannt. Nicht die Gesetzgebung war der Weg zum Ziel, sondern Aufklärung. Das Gesetz musste deshalb ein Kompromiss sein, und Forssner meinte, es beinhalte einen Schutz vor denjenigen Verhältnissen, die der Gesellschaft den größten Schaden zufügten.<sup>22</sup>

Auch wenn man sich über den Wortlaut des Gesetzes und den Umfang des Verbots uneinig war, war die Einigkeit darüber, dass nicht anerkannte Mediziner keine wirksame Krankenbetreuung leisten konnten, groß. In der Debatte des Jahres 1915 über die rechtmäßige Ausübung der Heilkunst war Wissenschaftlichkeit jedoch nicht das wichtigste Argument gegen die nicht anerkannten Mediziner. Der Quacksalber wird zwar als unqualifiziert angesehen, aber es ist seine unmoralische Natur, die als Argument hervorgehoben wird, um seinen Handlungsspielraum zu begrenzen. Spätere Untersuchungen sind jedoch in größerem Umfang von der Frage nach Wissenschaftlichkeit geprägt. Ein von *Medicinalstyrelsen* 1942 eingebrachter Gesetzesvorschlag verwendet beispielsweise eine wissenschaftliche Argumentation gegen die Anerkennung von Chiropraktikern. Laut einer referierten Untersuchung wurde Chiropraktikern bei der Behandlung von Rückenbeschwerden deshalb eine wichtige Rolle zuteil, weil Ärzte dieser Krankheit gegenüber Desinteresse zeigten. *Medicinalstyrelsen* verurteilte aber sowohl die selbständige Ausübung von Chiropraxen als auch die Ausübung nach Verschreibung durch einen Arzt, weil sie auf wissenschaftlich unhaltbarem Grund beruhe.<sup>23</sup>

Durch die Debatte um die Praxis von Krankengymnasten und nicht anerkannten Mediziner wurden zwei Beispiele dafür herausgehoben,

---

<sup>21</sup> Unterlagen von *Svenska läkaresällskapet* (Schwedischer Ärzteverband), 27.4.1915.

<sup>22</sup> Ebd.

<sup>23</sup> *Förslag till ny lag om behörighet att utöva läkarkonsten, m. m.*: 1942.

wie das Gesundheitswesen strukturiert wurde. Im Fall der Krankengymnasten beruhte die Unterordnung darauf, dass das theoretische Wissen der Ärzte dem praktischen der Krankengymnasten übergeordnet wurde. Wissen stellt sich hier als deutliches Differenzierungsmittel dar. Im Fall der unqualifizierten Mediziner ist der Aspekt von Wissen und Wissenschaft nicht gleich deutlich, vermutlich weil sie keine Berufsgruppe mit erkennbar einheitlichem Wissen darstellten. In späteren Abgrenzungen gegenüber Chiropraktikern sollte Wissen wichtiger werden, können sie doch als im Hinblick auf Organisation und theoretische Grundlagen homogenere Gruppe angesehen werden.

Das Verhalten der Ärzteschaft gegenüber den Krankengymnasten zeigt, wie Wissen als soziales Kapital verwendet werden kann. In der Debatte wurden Grenzen zwischen dem, was und was nicht als wissenschaftlich fundierte Kenntnis galt, gezogen. Heilern, die keine Ärzte waren, wurde in unterschiedlichem Umfang praktisches Können zugeschrieben, das aber ohne Verbindung zu den wissenschaftlichen Grundlagen des Arztes als gefährlich galt. Die Organisation des Gesundheitswesens beruhte also auf dem Vermögen des Arztes, auf Grund wissenschaftlicher Kriterien Diagnosen zu erstellen und geeignete Behandlungen festzulegen. Der Arzt wiederum war auf ihm untergeordnete Mitarbeiter angewiesen, um diese durchzuführen. Diejenigen, die die Regeln, Normen und Wertvorstellungen der institutionalisierten Medizin nicht teilten und somit nicht in die Hierarchie aufgenommen werden konnten, wurden ausgeschlossen.

### Theorie und Praxis

Mit wissenschaftlichen Kriterien als Ausgangspunkt konnte die Ärzteschaft ohne größere Schwierigkeiten zwischen ihrer eigenen Praxis und der anderer Heiler differenzieren. Der Verweis auf Wissenschaftlichkeit beeinflusste aber auch die eigene Berufsausübung. In der Debatte um Quacksalberei wurde Kritik daran laut, dass die Ärzteschaft mit einem solchen Verweis Behandlungsmethoden auf naturheilkundlicher Grundlage ablehnte. Allerdings wurde die Naturheilkunst auch von Ärzten in physikalischen Therapien praktiziert, die auf der Anwendung natürlicher Hilfsmittel beruhten und Luft, Licht, Ernährung, Bewegungstherapie und verschiedene Wasserbehandlungen umfassten.<sup>24</sup> Diese Behandlungsme-

---

<sup>24</sup> DISQUE: 1902; BERG: 1906, 13.

thoden waren schon lange sowohl von Ärzten als auch von Vertretern der Volksmedizin angewandt worden, aber eine professionalisierte und wissenschaftlich fundierte Krankenpflege erforderte nun eine wissenschaftliche Legitimierung der Praxis.

Das Praktizieren von Naturheilkunst war kein Problem, solange sie als wissenschaftlich fundiert galt. Die wissenschaftliche Bewertung einer Behandlungsmethode ist hier Grundlage für eine Differenzierung. Der Arzt Israel Hedenius wies 1908 darauf hin, dass die praktische Anwendung nicht der Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin entspreche. Die Medizin riskiere deshalb einen Statusverlust. Ausnahme sei die Bakteriologie, die im Hinblick auf Seuchenbekämpfung und Hygiene große Erfolge erzielt habe. Die technische Entwicklung mit einer Menge pharmazeutischer Präparate sah er skeptischer. Eine Perfektionierung der physikalischen Therapie stehe ebenfalls noch aus. Mit dieser Schwäche in der praktischen Anwendung riskiere man, Patienten an Quacksalber zu verlieren.<sup>25</sup>

Hedenius war der Ansicht, viele ältere therapeutische Methoden blieben unzureichend untersucht, da sich die Forschung auf pharmazeutische Präparate konzentriere. In bestimmten Fällen könne man von therapeutischen Maßnahmen lernen, die nun als Quacksalberei abgestempelt würden. Ein Teil dieser Naturheilverfahren verdienten eine gründlichere und kritische wissenschaftliche Prüfung. Laut Hedenius hatte jedes Land eigene Methoden, von denen im Lauf der Jahre einige als therapeutisch wertvoll legitimiert wurden. Für Schweden galt dies in Bezug auf Mineralwasser oder spezifische Bäder, beispielsweise Moorbäder, alles Naturheilmethoden, die auf eine jahrhundertealte Praxis verweisen konnten. Hedenius hebt auch die schwedische Gymnastik hervor. Einige dieser Methoden harrten allerdings noch ihrer wissenschaftlichen Untersuchung, um ihre physiologische Wirkung festzustellen und Indikationen für ihre Anwendung festzulegen. Hier sei die Empirie gegenüber der Wissenschaft weit vorangeschritten, was auf dem Gebiet der Therapie oft der Fall sei.<sup>26</sup>

In einem Beruf, dessen Autorität auf wissenschaftlicher Kenntnis beruht, wird eine wissenschaftlich schwer erklärbare Behandlungsmethode schnell marginalisiert. Der Status physikalischer Behandlungsmethoden

---

<sup>25</sup> HEDENIUS: 1908.

<sup>26</sup> Ebd.

kann Alfred Philip Levertins Klage 1912 darüber entnommen werden, dass Bäder und Heißluftbehandlungen in der Liste von Untersuchungs- und Behandlungsspezialisierungen ganz unten angesiedelt seien. Die Erklärung für diesen Umstand sah er darin, dass Ärzte diese Spezialisierung gering schätzten. Levertin zufolge gewannen die physikalischen Hilfsmittel bei der Bevölkerung an Boden, was die große Zahl an Badegästen in den Kurorten jedes Jahr bewies. Gleichzeitig war das Interesse der Ärzte gering, und ein Medizinstudent hörte während seiner Ausbildung wenig über die Behandlungsmethode.<sup>27</sup>

Die oben genannte Diskussion zeigt, dass man zwischen der Behandlung von unterschiedlichen Therapeuten keine deutlichen Grenzen ziehen kann. Der Arzt musste seine Wahl von Behandlungsmethoden jedoch so motivieren, dass sie seine professionelle Identität nicht bedrohte. Diejenigen Therapien, die man wissenschaftlich nicht erklären konnte, verloren damit bei den Machthabern innerhalb des Gesundheitssystems an Status.

### Herausforderungen im 20. Jahrhundert

Im 20. Jahrhundert wurde die beschriebene institutionelle Ordnung mit gesellschaftlichen Veränderungen konfrontiert. Mit der Industrialisierung wuchs der Anspruch auf Maßnahmen zur Förderung des Arbeitsvermögens der Bevölkerung. Das gesellschaftsökonomische Motiv für die Krankenbetreuung wurde wichtiger. Ein weiterer wichtiger Faktor war die Herausbildung des Wohlfahrtsstaats mit erweiterten Sicherungssystemen für die Bevölkerung. Das wachsende Sozialversicherungssystem lenkte die Aufmerksamkeit auf eine gesunde und arbeitsfähige Bevölkerung. Diejenigen, die ihr Arbeitsvermögen verloren hatten und den Sozialversicherungen Kosten verursachten, brauchten Rehabilitationsmaßnahmen.

Die immer umfassendere Verantwortung des Staates für das Individuum erstreckte sich auch auf die Pflege. Die Behandlung von Kranken, die sich bisher maßgeblich auf akute Krankheiten bezogen hatte, musste nun auch chronische Krankheiten berücksichtigen. Bei Aufgaben wie der Rehabilitation und der Pflege chronisch Kranker musste die Ärzteschaft auf physikalische Behandlungsmethoden wie medizinische Bäder und Krankengymnastik zurückgreifen. Durch die gestiegenen Anforderungen

---

<sup>27</sup> LEVERTIN: 1912.

an eine gesunde und arbeitsfähige Bevölkerung waren die Ärzte aufgefordert, Ratschläge zur Prävention zu erteilen. Genau in diesen Bereichen vorbeugender Maßnahmen und der Pflege chronisch Kranker stellte der alternativmedizinische Sektor die größte Konkurrenz dar. Der Umbau der Gesellschaft brachte also neue Herausforderungen an die institutionalisierte Medizin mit sich.

Übersetzung aus dem Schwedischen: Lill-Ann Körber



## LITERATUR

- ABBOTT, Andrew Delano: *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- BERG, Henrik: *Hygieniska ströftåg. Valda stycken ur hygien och enskild hälsovård. Föreläsningar hållna å K.F.U.M. i Stockholm*. Stockholm: Hälsovänneren, 1906.
- BERG, Ole: »The Modernisation of Medical Care in Sweden and Norway«. In: HEIDENHEIMER, Arnold J und Nils ELVANDER (Hg.): *The Shaping of the Swedish Health System*. London: Croom Helm, 1980, 17.
- DISQUE, Ludvig: *Vägen till hälsa. Naturenlig behandling af sjukdomarna Enligt den fysikalisk-dietetiska kurmetoden med vatten, ljus, luft, diet, massage, gymnastik, elektricitet och hypnos*. Köping, 1902.
- Förslag till ny lag om behörighet att utöva läkarkonsten, m. m. Avgivet av Kungl. Medicinalstyrelsen.* (= Statens offentliga utredningar; 1942:22), Stockholm: Socialdepartementet, 1942.
- GUSTAFSSON, Rolf Å.: *Traditionernas ok: den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Solna: Esselte studium, 1987.
- HAGLUND, Patrik: »Två oafvisliga kraf vid utbildandet af mekanoterapeutiska assistenter«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 7 (1910:22), 427–433.
- HEDENIUS, Israel: »Några önskemål angående den interna medicinens utveckling i vårt land«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 5 (1908:51), 945–1957.
- HEDENIUS, Israel: »En brist i vår sjukhusvård«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 6 (1909:55), 87–195.
- HOLMDAHL, Carl: »Synpunkter i sjukgymnastikfrågan«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 7 (1910:49), 953–1965.
- Kungl. Maj:ts d. 13 juli 1887 fastställda ordning för sjukgymnaster och sjukgymnastiska institutets verksamhet.* (= Svensk författningssamling; 1887:55).
- Kungl. Maj:ts instruktion för medicinalstyrelsen den 17. dec. 1914.* (= Svensk författningssamling; 1914:497).
- Kungl. Maj:ts nådiga proposition till riksdagen med förslag till förordning om behörighet att utöva läkarkonsten. Proposition 85.* Bihang till riksdagens protokoll. Stockholm: Riksdagstrycket, 1915.
- LEVERTIN, Alfred Philip: »Fackkunskap är nödvändig för brunns- och badläkare«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 9 (1912:51), 1210–1213.
- PALMBLAD, Eva: *Sanningens gränser: kvacksalveriet, läkarna och samhället: Sverige 1890–1990*. Stockholm: Carlsson, 1997.
- QVARSELL, Roger: *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlsson, 1991.
- ROTHSTEIN, Bo: »Political Institutions. An Overview«. In: GOODIN, Robert E. und Hans-Dieter KLINGEMANN (Hg.): *A New Handbook of Political Science*. Oxford: University Press, 1996.
- TORSTENDAHL, Rolf: »Professionalisering, stat och kunskapsbas. Förutsättningar för en teoribildning«. In: SELANDER, Staffan (Hg.): *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur, 1989.